ITEM 81 : CATARACTE

Cataracte = opacification de tout ou partie du cristallin :
Très fréquente, ↗ avec l'âge ➙ 700 000 actes/an ➙ chirurgie la plus fréquente (augmente : vieillissement de la population)
2e cause de cécité dans le monde après les amétropies non-corrigées (par manque d'accès à la chirurgie)

Diagnostic

SF

- **Baisse d'acuité visuelle** : progressive, prédominante en vision de loin
➙Acuité visuelle de près souvent relativement conservée, sauf en cas de cataracte sous-capsulaire postérieure
- **Photophobie** : présence de halos colorés autour des lumières, gêne à la conduite de nuit
- **Diplopie monoculaire** (plus rare)
- **Modification de la perception des couleurs** : **jaunissement** (décrit après la chirurgie du 1er œil opéré)

SC

Interrogatoire : âge, profession, antécédents ophtalmologiques, diabète, corticoïdes, symptômes oculaires
Mesure de l'acuité visuelle œil par œil puis binoculaire, de loin et de près, avec correction optique : **myopisation d'indice**
Examen à la lampe à fente : avant et après dilatation pharmacologique des pupilles
- **Cataracte corticale** (plus fréquente) : opacification du cortex cristallinien avec opacités « en cavaliers »
- **Cataracte nucléaire** : atteinte du noyau cristallinien avec prédominance d'une BAV de loin et myopie d'indice
- **Cataracte sous-capsulaire postérieure** : opacification en soucoupe devant la capsule postérieure (en « rosace ») avec gêne de loin et de près ➙ éliminer une origine métabolique ou iatrogène
- **Cataracte totale** (cataracte très évoluée visible à l'œil nu) : aire pupillaire blanche
- Toujours vérifier le FO à la recherche d'une autre pathologie (échographie B si inaccessible) : DMLA, glaucome…
Mesure du tonus oculaire : recherche hypertonie / glaucome
➙ Opacification responsable de la BAV ? Indication chirurgicale ? Pathologies oculaires associées ?

PC

➙ **Diagnostic clinique+++** : aucun examen complémentaire systématique
- **En cas de chirurgie : kératométrie** (puissance réfractive de la cornée) + **biométrie oculaire par interférométrie** ou **échographie en mode A** si non-transparent (longueur de l'œil : choix d'un cristallin artificiel (implant) adapté) + Calcul supplémentaire si astigmatisme, + **Information** du patient et **consultation anesthésique** & bilan préop
- **Echo en mode B** si cataracte dense avec FO inaccessible : élimine un décollement de rétine ou une tumeur intra-oculaire

Etiologie

Liée à l'âge	- **Cataracte sénile** (la plus fréquente) : le plus souvent bilatérale, globalement symétrique
Traumatique	- **Contusive** : contusion violente à globe fermé, récent (voire dans les heures suivant le traumatisme) ou ancienne (jusqu'à plusieurs années après) ➙ souvent de type sous-capsulaire postérieure (en rosace) - **Traumatisme perforant** : contexte évident, parfois inaperçu (notamment chez l'enfant) ➙ recherche de corps étranger intra-oculaire par **radio/TDM de l'orbite** (PAS d'IRM !!)
Maladie oculaire	- **Uvéite chronique** (surtout postérieure : corticothérapie > 3 mois) : due à l'inflammation et aux corticoïdes - **Antécédent de chirurgie oculaire** : décollement de rétine, vitrectomie - **Myopie forte** - **Rétinopathie pigmentaire**
Métabolique	- **Diabète** - **Hypoparathyroïdie**
Iatrogène	- **Corticoïdes** locaux ou généraux au long cours : forme sous capsulaire postérieure - **Radiothérapie orbitaire** (mélanome choroïdien, tumeur de l'orbite)
Génétique	- **Dystrophie myotonique de Steinert** (cataracte, ptosis, troubles moteurs, trouble du rythme cardiaque) - **Trisomie 21**
Cataracte congénitale	- Secondaire à une **embryopathie** : **rubéole congénitale**… - **Héréditaire**

TTT

= Exclusivement chirurgical (aucun traitement médical préventif ou curatif)
- Généralement sous anesthésie topique en ambulatoire

Indications

- **Gène fonctionnelle** : la BAV affecte le mode de vie du patient : récupération rapide, nouvelle correction optique équipée à 1 mois post-opératoire
- **Gêne à l'examen du FO** : but diagnostique et/ou thérapeutique
- **Prévention des complications** de la cataracte (rares, prévenues par la chirurgie, réversibles) :
  . **BAV** sévère (perception visuelle résiduelle constante en l'absence de pathologie associée)
  . **Uvéite phacoantigénique** par exsudation de protéines cristalliniennes (réaction immunologique)
  . **Glaucome phacolytique** par obstruction du trabéculum par les protéines cristalliniennes
  . **Glaucome phacomorphique** par cataracte intumescence (volume très augmenté) : blocage pupillaire et glaucome aigu par fermeture de l'angle
  . - **Subluxation / luxation** cristallinienne (avec ou sans traumatisme)

TTT	**Chirurgie de cataracte**	- **Anesthésie** : **topique** (collyre **quelques minutes avant le geste**), **AL** (péribulbaire, rétrobulbaire ou sous-ténonienne) voire **AG** (rare) - **Dilatation pupillaire maximale** en préopératoire (collyre **tropicamide** et **néosynéphrine**), insert dans le cul de sac conjonctival libérant du tropicamide en préopératoire ou injection intracamérulaire de tropicamide, phényléphrine et lidocaïne - Méthode de référence : **extraction extracapsulaire du cristallin par phacoémulsification** : . Désinfection cutanée et des culs de sac conjonctivaux à la Bétadine . Incision tunnélisée de la cornée . **Ouverture de la capsule antérieure** du cristallin sur 360° = **capsulorhexis** . **Hydrodissection** des tissus cristalliniens (sépare la capsule du cortex et du noyau) . **Phacoémulsification du cristallin** (ultrasons, fragmente et aspire le cristallin) . **Mise en place de l'implant** dans le sac cristallinien plié à travers l'incision cornéenne (se déplie une fois en place) . Injection antibiotique en **intracamérulaire** (= dans la **chambre antérieure**) . **Incision auto-étanche** : suturée seulement si fuite - Suivi : . **Collyre anti-inflammatoire + antibiotique en postopératoire** pendant **1 mois** . Surveillance à **J7** et **J30** **Chirurgie assistée par laser femtoseconde** : évolutions rapides (laser et imagerie embarquée) : - Permet les incisions cornéennes, le capsulorhexis et la fragmentation du noyau cristallinien - Ne supplante pas les ultrasons actuellement en pratique : place à définir
	Correction optique de l'aphakie	= **Implant de chambre postérieure** corrigeant les troubles réfractifs - **Implant sphérique monofocal** : correction des amétropies sphériques (hypermétropie ou myopie) par un implant de 20-25 dioptrie (emmétrope), peut être plus (hypermétrope) ou moins puissant (myope) - **Implant torique** (**cylindrique**, doit être correctement orienté) : correction d'une amétropie sphérique et d'un **astigmatisme** → Perte de l'accommodation : nécessite le port de lunettes en vision de près - **Implant multifocal** (sphérique pur ou torique) : correction **de la vision loin ET près**, bifocaux ou trifocaux, réfractifs ou diffractifs → Focalise différemment à distance et de près, mais avec une performance visuelle moins bonne - **Implants à profondeur de champ** : courbe de focalisation étendue à la vision de loin et intermédiaire (réduit les effets photiques secondaires) - **Si rupture de la capsule postérieure ou cataracte traumatique** : implant à fixation irienne ou sclérale - **En l'absence d'implant** (exceptionnellement) : correction de l'aphakie par **lentilles** ou **lunettes** . **Lunettes** : verres très épais (>10 dioptries) : aberrations optiques majeures, correction bilatérale nécessaire . **Lentilles** : fonction visuelle correcte mais inconvénients (manipulations, complications des lentilles : sécheresse oculaire, ulcère traumatique, abcès cornéen infectieux)
	Complications	- **Opacification de la capsule postérieure** = « cataracte secondaire » (prolifération des cellules résiduelles) : BAV progressive (si opacité centrale), chez 50% des patients dans les 2 ans post-chirurgie →traitement par **laser Yag** - **Endophtalmie** (1/1000) : infection intra-oculaire sévère, généralement entre 2 et 7 jours post-opératoire (parfois plus tardive), pouvant compromettre définitivement la fonction visuelle, traitement par antibiothérapie locale, intravitréenne et générale ± vitrectomie dans les cas sévères. - **Décollement de rétine** : plus fréquent en cas de rupture per-opératoire de la capsule postérieure ou chez les myopes forts - **Œdème maculaire cystoïde** = **syndrome d'Irvine-Gass** (inflammatoire) : dans les semaines/mois, BAV de loin et de près +/- métamorphopsies, TTT = anti-inflammatoire local (AINS/ corticoïdes) et acétazolamide - **Kératite bulleuse** : décompensation œdémateuse de la cornée (peut nécessiter une greffe), plus fréquent si antécédent de cornea guttata ou implant en chambre antérieure